



## REQUERIMENTO DE ALVARÁ SANITÁRIO

ANEXO I

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL	RG Nº:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____
	CPF:	CTPS: Nº: SÉRIE:	NÍVEL DE ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> -GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> -ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> -MESTRADO <input type="checkbox"/> -DOCTORADO
	CONSELHO REGIONAL DE _____	Nº INSCRIÇÃO:	
	ESPECIALIZAÇÃO:		
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		
	MUNICÍPIO:	CEP: _____ - _____	TELEFONE: ( ) _____
	E-MAIL:	FAX: ( ) _____	

e responsável técnico pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECI- MENTO	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		CEP: _____ - _____
	MUNICÍPIO:	Data de Início de funcionamento: ____/____/____	NATUREZA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> - ASSOCIAÇÃO <input type="checkbox"/> - COOPERATIVA <input type="checkbox"/> - ESTADUAL <input type="checkbox"/> - FEDERAL <input type="checkbox"/> - FILANTROPICO <input type="checkbox"/> - FUNDAÇÃO <input type="checkbox"/> - MUNICIPAL <input type="checkbox"/> - PRIVADO <input type="checkbox"/> - SINDICATO
	TELEFONE: ( ) _____	FAX: ( ) _____	
	E-MAIL:		
	OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:		
	RESPONSÁVEL LEGAL:		TELEFONE RESPONSÁVEL LEGAL:
	CPF:	RG Nº	ÓRG. EXPEDIDOR

**Venho requerer:** ( ) EMISSÃO do Alvará Sanitário para o corrente exercício  
( ) RENOVAÇÃO do Alvará Sanitário para o corrente exercício  
( ) CERTIFICADO DE VISTORIA do transporte para o corrente exercício

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável Técnico**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Proprietário/ Representante Legal**



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

**ANEXO II**

( ) TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

( ) TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA-SUBSTITUTO

Eu, \_\_\_\_\_, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

<b>PROFISSIONAL</b>	RG Nº:	ORGAO EMISSOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO: ___/___/___
	CPF:	CTPS: Nº: SÉRIE:	NÍVEL DE ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> - GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> - ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> - MESTRADO <input type="checkbox"/> - DOUTORADO
	CONSELHO REGIONAL DE _____	Nº INSCRIÇÃO:	
	ESPECIALIZAÇÃO:		
	ENDEREÇO (Rua/Av., número, Bairro):		
	MUNICÍPIO:	CEP: _____ - _____	TELEFONE: ( ) _____
	E-MAIL:		FAX: ( ) _____

**declaro assumir a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:**

<b>ESTABELECIAMENTO</b>	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		CEP: _____ - _____
	MUNICÍPIO:	Data de Início de funcionamento: ___/___/___	NATUREZA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> - ASSOCIAÇÃO <input type="checkbox"/> - COOPERATIVA <input type="checkbox"/> - ESTADUAL <input type="checkbox"/> - FEDERAL <input type="checkbox"/> - FILANTROPICO <input type="checkbox"/> - FUNDAÇÃO <input type="checkbox"/> - MUNICIPAL <input type="checkbox"/> - PRIVADO <input type="checkbox"/> - SINDICATO
	TELEFONE: ( ) _____	FAX: ( ) _____	
	E-MAIL:		
	OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:		
	RESPONSÁVEL LEGAL:		TELEFONE RESPONSÁVEL LEGAL:
	CPF:	RG Nº	ÓRG. EXPEDIDOR
		DATA DE EXPEDIÇÃO: ___/___/___	

no qual me comprometo a prestar assistência efetiva, de acordo com a legislação vigente.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável Técnico**